

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

Sollten mehr als eine Person betreut werden, bitten wir Sie zwei Fragebögen auszufüllen.

1. Angaben zur Kontaktperson (Auftraggeber)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person (Sohn, Nachbar, usw.) \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

1.1 Angaben zur Kontaktperson vor Ort

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad zu der zu betreuenden Person (Sohn, Nachbar, usw.) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich bestätige, zur Weitergabe der obigen personenbezogenen Daten der Kontaktperson/-en berechtigt zu sein.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Auftraggebers bzw. Bevollmächtigter \_\_\_\_\_

1.2 Angaben zur zu betreuenden Person (Leistungsempfänger)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

**PROMEDICA PLUS**  
PROMEDICA PLUS  
Alltagsbetreuung  
Regionalberater: Romuald Matuschek  
Hauptstraße 130  
53229 Bonn  
Tel. 0157 - 868 43 123  
Fax 0321 - 210 27 588  
www.promedicaplus.de

2. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Kein Pflegegrad:

beantragt  1  2  3  4  5

Pflegegrad  1  2  3  4  5

Seit wann gibt es einen Pflegegrad (Datum)? \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Ist der Kunde gesetzlich oder privat versichert?  gesetzlich  privat

2.1 Krankheitsbilder

Welche Krankheitsbilder sind bekannt?

<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Demenz (Anfangsstadium)	<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> altersbedingte Gehschwäche	<input type="checkbox"/> Demenz (fortgeschritten)	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Dermatitis (atopisch)	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Stoma (Anus praeter)
<input type="checkbox"/> chronische Durchfälle	<input type="checkbox"/> Diabetes (insulinpflichtig)	<input type="checkbox"/> multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Osteoporose	

Sonstige Diagnosen: \_\_\_\_\_

Ist die zu betreuende Person Raucher?  ja  nein

Leidet die zu betreuende Person an ansteckenden Krankheiten?  ja  nein

Falls „ja“, welche? \_\_\_\_\_

Leiden andere im Haushalt lebende Personen an ansteckenden Krankheiten?  ja  nein

Falls „ja“, welche? \_\_\_\_\_

2.2 Kommunikation

Kommunikation	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfsmittel</b>			
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: kann selbständig einsetzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Brille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: kann selbständig aufsetzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

2.3 Orientierung

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 Gemütszustand

- |                                     |  |                                   |                                   |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ängstlich  | <input type="checkbox"/> Apathisch     | <input type="checkbox"/> Fordernd | <input type="checkbox"/> Fröhlich |
| <input type="checkbox"/> Gereizt    | <input type="checkbox"/> Offen         | <input type="checkbox"/> Lieb     | <input type="checkbox"/> Launisch |
| <input type="checkbox"/> Euphorisch | <input type="checkbox"/> Bestimmend    | <input type="checkbox"/> Sensibel | <input type="checkbox"/> Positiv  |
| <input type="checkbox"/> Labil      | <input type="checkbox"/> Zurückhaltend | <input type="checkbox"/> Kritisch | <input type="checkbox"/> Negativ  |

Sonstige: \_\_\_\_\_

2.5 Sich bewegen

- Ist die zu betreuende Person bettlägerig?  ja  nein
- Sollte die zu betreuende Person gelagert werden?  ja  nein
- Falls ja: kann die zu betreuende Person mithelfen?  ja  nein
- Braucht die zu betreuende Person Hilfe beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl?  ja  nein
- Arbeitet die zu betreuende Person beim Transfer mit?  ja  nein

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Kann sich die zu betreuende Person selbständig mit einem Rollator fortbewegen?  ja  nein
- Innerhalb der Wohnung  ja  nein      Außerhalb der Wohnung  ja  nein
- Kann sich die zu betreuende Person selbständig im Rollstuhl fortbewegen?  ja  nein
- Innerhalb der Wohnung  ja  nein      Außerhalb der Wohnung  ja  nein

Hilfsmittel

- |                                     |  |  |   |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stock      | <input type="checkbox"/> Rollstuhl             | <input type="checkbox"/> Rollator      | <input type="checkbox"/> Transferlifter |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze | <input type="checkbox"/> Treppenlifter |   |

2.6 Inkontinenz

Urininkontinenz  ja  gelegentlich  nein

Stuhlinkontinenz  ja  gelegentlich  nein

Ist die selbständige Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls möglich?

uneingeschränkt  teilweise eingeschränkt  eingeschränkt

Falls eingeschränkt, wie oft? \_\_\_\_\_

Hilfsmittel

Blasenkatheter  Windeln  Suprapubischer Katheter

Urinflasche  Vorlagen

Sonstige \_\_\_\_\_

2.7 Hygiene

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege / Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

Nachtstuhl  Duschstuhl  Badewannenlift  Toilettensitzerhöhung

Pflegehilfsmittel (wie Einweghandschuhe, Windeln, Desinfektionsmittel etc.) sind in einem Haushalt mit pflegebedürftiger Person obligatorisch. Zuschüsse für Pflegehilfsmittel können Sie beantragen. Wir empfehlen einen "Dauerauftrag" über einen Lieferdienst.

2.8 Essen und Trinken

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kauen und Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG Sonde	Ernährungszustand	Kostform / Diät	Trinkmenge
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Unterernährt	<input type="checkbox"/> Vollwert	<input type="checkbox"/> Wenig
	<input type="checkbox"/> Fettleibig	<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> Viel
	<input type="checkbox"/> Entwässert	<input type="checkbox"/> Sonderkost	
		<input type="checkbox"/> Diabeteskost	

Lieblingsspeisen / Getränke \_\_\_\_\_

2.9 Sich kleiden

	selbständig	mit Unterstützung	mit voller Unterstützung
Ankleiden Oberteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden Unterhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden Hose/Rock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden Oberteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden Unterhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden Hose/Rock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden Schuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.10 Ruhen und Schlafen

	uneingeschränkt	teilweise eingeschränkt	eingeschränkt
Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafmedikation: \_\_\_\_\_

Bemerkungen (wie oft steht die zu betreuende Person jede Nacht auf und aus welchem Grund?)

\_\_\_\_\_

Wie oft muss die Betreuungskraft in der Nacht voraussichtlich aufstehen und helfen? \_\_\_\_\_

Bei welchen Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

3. Pflegedienst

Notrufsystem  ja  nein

Kommt bereits ein ambulanter Pflegedienst?  ja  nein

Falls nein, wurde ein Pflegedienst beauftragt?  ja  nein

Wie oft kommt der Pflegedienst? \_\_\_\_\_

Für welche Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

Welche Leistungen erbringt der Pflegedienst?

Behandlungspflege SGB V  Pflegesachleistung SGB XI  Betreuungsleistungen §45b

Tagespflege  ja  nein Wie oft? \_\_\_\_\_

4. Therapien

Wird bei der zu betreuenden Person eine Therapie durchgeführt?

Logopädie  Ergotherapie  Krankengymnastik  Beschäftigungstherapie

Therapeut kommt ins Haus?  ja  nein

Therapeut extern?  ja  nein

Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

5. Angaben und Aufgaben zur Betreuungskraft

Geschlecht:  Frau  Mann  irrelevant

Was ist Ihnen für die Betreuung am wichtigsten? \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Beginn des Einsatzes? \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Dauer des Einsatzes? \_\_\_\_\_

5.1 Angaben zur Tätigkeit der Betreuungskraft

- kochen
- einkaufen gehen
- Wäsche waschen
- Pflege der Zimmerpflanzen
- bügeln
- spazieren gehen
- Reinigung des Arbeitsplatzes
- Auto fahren:
- Arztbesuche
- gemeinsame Ausflüge
- Freizeitgestaltung
- Schaltgetriebe
- Automatikgetriebe

5.2 Beschreibung der Unterkunft

Wenn kein eigenes Zimmer zur Verfügung gestellt werden kann, kann unsere Dienstleistung nicht erbracht werden!

Die zu betreuende Person lebt:

- |  |   |                                     |                                   |
|--|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Großstadt - zentral | <input type="checkbox"/> Großstadt - Vorort | <input type="checkbox"/> Kleinstadt | <input type="checkbox"/> Dorf     |
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus     | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus   | <input type="checkbox"/> Wohnung    | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Einkaufsmöglichkeiten (zu Fuß):

- |                                      |                                      |                                      |   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ca. 10 Min. | <input type="checkbox"/> ca. 20 Min. | <input type="checkbox"/> ca. 30 Min. | <input type="checkbox"/> von der Familie erledigt |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

Wohnt die zu betreuende Person alleine?

- ja  nein

- |   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ehefrau/-mann /Partner | <input type="checkbox"/> Enkel/Enkelin | <input type="checkbox"/> Mehrgenerationenhaushalt | <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter |
| <input type="checkbox"/> Bruder/ Schwester      | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |   |                                       |

Tätigkeiten für Mitbewohner?

- ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Haustiere?

- ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Sollen die Haustiere von der Betreuungskraft versorgt werden?

- ja  nein

Zimmerausstattung der Betreuungskraft

- |                                      |                               |                                   |                                   |
|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenes Bad | <input type="checkbox"/> Bett | <input type="checkbox"/> Tisch    | <input type="checkbox"/> Schrank  |
| <input type="checkbox"/> Radio       | <input type="checkbox"/> TV   | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Computer |

Jede Betreuungskraft braucht auch Zeit für sich zur Regeneration, um anschließend wieder gestärkt an die Arbeit zu gehen.

Wie ist die Freizeit der Betreuungskraft geregelt? \_\_\_\_\_

Wer übernimmt in dieser Zeit die Betreuung? \_\_\_\_\_

Für Freizeit der Betreuungskraft steht zur Verfügung:

- Garten  Fahrrad

Wie sind Sie auf PROMEDICA PLUS aufmerksam geworden?

- |                                       |  |                                  |                                      |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Empfehlung      | <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Arzt         | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |                                  |                                      |

Anwesend bei der Erstellung der Anamnese

- Kunde  Angehörige / Bezugsperson  Pflegekraft (z.B. Pflegedienst)

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden / des Bevollmächtigten

Romuald Heinrich Matuschek - Regionalberater

Unterschrift PROMEDICA